DISSERTATIO
INAUGURALIS MEDICO-CHIRURGICA
TRACTANS

DIAGNOSIM MORBORUM ARTICULATIONIS COXAE,

QUAM
CONSENSU ET AUCTORITATE
ILLUSTRISSIMI AC MAGNIFICI
DOMINI
PRÆSIDIS & DIRECTORIS,
CLARISSIMORUM AC CELEBERRIMORUM
D. D. Professorum
pro
Doctoris Medicinae et Chirurgiae Laurea
RITE AC LEGITIME OBTINENDA
IN CELEBERRIMA
C. R. ACADEMIA JOSEPHINA
publicae disquisitioni submittit

Victor de Fleischhacker,
Hungarus Zala-Egerszeghiensis.

Theses adnexae publice defendentur in aedibus Academiae Josephinae . die Augusti 1844.



VINDOBONAE.
TYPIS CAROLI UEBERREUTER.

Der Menschen Leiden zu versüssen,
Das höchste Glück ganz zu geniessen,
Ein Helfer, Tröster hier zu sein,
Diess, Gott! lass mich bei allen Sorgen,
Bei Tageslast, an jedem trüben Morgen
Gerührt empfinden, ganz mich weih'n,
Zu trösten, helfen, zu erfreu'n.

E. W. Hufeland.

Grau, Freund! ist alle Theorie;
Grün nur des Lebens gold'ner Baum!

Göthe.

Seinen

hochherzigsten Wohlthätern

weihet

diesen ersten

wissenschaftlichen Versuch

als

schwachen Beweis

einer unbegränzten Dankbarkeit,

in tiefster

Hochachtung und Verehrung

der Verfasser.

Diagnostik
der Krankheiten im Hüftgelenke.

I. Quetschung des Hüftgelenkes, mit und ohne Commotion der Nerven.

Erkenntniss.

Die Quetschung des Hüftgelenkes ist so, wie im Allgemeinen die Quetschungen der Weichtheile und Knochen an andern Körperstellen zu unterscheiden und zu beurtheilen; doch verdient sie vor allen andern noch eine genauere Würdigung, weil sie mit so manchen krankhaften Zuständen dieses Theiles, wenigstens in den ersten Tagen leicht verwechselt werden könnte. Auch hier ist das Glied oft scheinbar etwas verkürzt, es kann nicht oder nur mit Schmerzen aufgehoben werden, und es ist etwas nach aussen gedreht, weil es, etwas gebeugt und der eigenen Schwere folgend, nothwendig nach dieser Richtung sinkt. Bei genauer Messung pflegt aber die Dimension zwischen Knie und Hüftbeingräte gleich zu sein, Crepitation fehlt durchaus, und die Drehung des Fusses, so wie alle übrigen Zufälle, namentlich aber der Schmerz und die Unbrauchbarkeit des Gliedes, pflegen in einigen Tagen bei einer zweckmässigen antiphlogistischen Behandlung nachzulassen.

Unterschied.

Verwechselt kann es werden:

1. Mit dem Schenkelhalsbruche.

2. Mit dem Bruche des Beckenknochens durch die Pfanne.

Doch sind folgende differenzielle Merkmahle, und zwar:

1. Bei dem Schenkelhalsbruche ist der Schmerz gross, bei jener auch bei der Bewegung, aber den zweiten, dritten Tag schon gering; bei dieser kann der Kranke das Glied weder halten, noch aufheben, bei jener sind wohl die Bewegungen gestattet, aber mit Schmerz verbunden, der Trochanter beschreibt bei der Rotation einen grossen Bogen, bei diesem immer einen kleinern als der gesunde; bei jener macht der Versuch, den Schenkel zu strecken, keine oder wenig Schmerzen, bei diesem viele heffttige Schmerzen; bei jener kann der Kranke den Schenkel doch etwas festhalten und bewegen, bei diesem nicht festhalten und nicht bewegen.

2. Mit dem Bruche des Beckenknochens durch die Pfanne. Dieser Unterschied wird später bei den Fracturen der Beckenknochen ohnehin angegeben.

II. Bruch des Schenkelhalses.

Die Erscheinungen, die den Schenkelhals überhaupt gebrochen erkennen lassen, sind folgende:

A. Functionsstörung. Der Kranke, welcher beim Falle zu Boden auf den grossen Trochanter gestürzt war, kann nicht wieder aufstehen, und weiter gehen; versucht er es, so stürzt er bald wieder zusammen.

Der Kranke empfindet im Hüftgelenk einen plötzlichen fixen Schmerz, besonders hinter dem grossen

Trochanter, und in der Richtung des *Psoas*, *Iliacus internus* und *Pectinaeus*. Er hat das Glied nicht mehr in seiner Gewalt, er kann es in der Rückenlage wohl ausstrecken, aber nicht aufheben; wenn man ihn auffordert, das letztere zu thun, so biegt er das Knie und den Oberschenkel, zieht die Ferse an den Hintern und den Fuss auf dem Bette nach, ohne es damit zu verlassen.

B. Auswärtssinken des kranken Beins. Bei der Lage des Kranken auf dem Rücken ist das Glied meistentheils nach aussen rotirt, so dass der Fuss und das Knie nach aussen gerichtet sind, wobei letzteres etwas gebogen ist, die Hacke steht etwas höher als die der gesunden Seite. Diese Erscheinung ist theils die Wirkung der eigenen Schwere des Gliedes, theils der Rollmuskeln, welche sich an den grossen Rollhügel setzen und diesen nach aussen ziehen. Bisweilen fehlt dies Symptom, oder es ist gar nicht zu bemerken, oder der Fuss ist gar nicht nach innen gerichtet (Chelius, Paré, Desault Dupuytren).

C. Verkürzung des kranken Beins. Hat man den Kranken in eine horizontale Rückenlage gebracht, so findet man in der Regel eine wirkliche Verkürzung, und zwar in der Distanz zwischen Knie und Darmbeingräte, während der Raum vom Knie bis zum grossen Rollhügel der normale ist.

Diese Verkürzung kann zwischen 2½ Zoll variiren, und es ist diese Verschiedenheit von dem Sitze der Bruchstelle, dem Grade der Zerreissung der fibrösen Nachbargebilde und von dem Alter der Fractur abhängig. Langstaff beobachtete bei einer veralteten Fractur eine Verkürzung von 4 Zoll, da das obere Bruchende durch Resorption fast ganz geschwunden war.

Bei der Messung des kranken Gliedes lasse man sich ja nicht von der scheinbar gleichen Länge der beiden Unterextremitäten täuschen, und von genauer Untersuchung abhalten, sondern lege den Kranken ho-

rizontal mit ausgestreckt neben einander liegenden Beinen auf den Rücken und vergleiche nun den Stand der inneren Knöchel und Rollhügel. Dabei muss man aber darauf sehen: dass die beiden Hüftbeingräten in gleicher Höhe sich befinden; bekanntlich neigt sich der Kranke mit dem Becken gern nach der kranken Seite.

Durch leichte Traction lässt sich die Verkürzung schon heben; aber beim Nachlass derselben kehrt sie sogleich zurück.

Untergeordnet sind, weil sie entweder häufig fehlen oder sehr abweichend und unbeständig sind, folgende Erscheinungen:

a. Crepitation. Kann sie unzweifelhaft (vielleicht mittelst eines *Stethoscops*) wahrgenommen werden, so ist diese Erscheinung für die Diagnose schon allda entscheidend; aber sie fehlt sehr häufig. Man kann sie natürlich nur wahrnehmen, wenn beide Bruchflächen mit einander in Berührung treten; daher muss man, um sie hervorzubringen, die Extremität ausdehnen und rotiren oder über das andre Bein fortführen.

b. Die Form der Hüfte und die Beweglichkeit des Trochanter *major*. Es ist schon bemerkt, dass der Raum zwischen ihm und den Hüftbeinkammern geringer wird; der Trochanter wird ausserdem auch noch weniger hervorragend und weniger deutlich, doch in Fällen von sehr beträchtlicher Verkürzung stärker hervorragend (*Earle.*) In solchem Falle nimmt auch der Oberschenkel durch die Zusammenziehung der Muskeln an seinem oberen und vorderen Theile bedeutend an Umfang zu.

Wenn man die eine Hand auf den Trochanter legt, und mit der andern den Fuss rotirt, so soll jener hierbei einen viel kleineren Bogen beschreiben, wie am gesunden Fusse, ja vielmehr sich um sich selbst drehen. Der Bogen wird desto kleiner, je näher

der Schenkelhals an der *Linea intertrochanterica* gebrochen ist. Es ist hier eine genaue Vergleichung immer schwierig und leicht täuschend, zumal der Kranke wegen grosser Schmerzhaftigkeit sich nur ungern solchen Experimenten unterwirft und dabei unwillkürlich die Muskeln in Contraction versetzt.

c. Schmerzen im Hüftgelenke oder in der Umgegend desselben, Anschwellung und Blutunterlaufung dieser Partieen, das Höherstehen der Falte der Hinterbacke, die Spuren einer äusserlichen Quetschung u. a. sind höchst untergeordnete Erscheinungen welche selbst im Verein mit den übrigen kaum einigen Werth erlangen können.

Man kann die Schenkelhalsbrüche folgendermassen eintheilen:

1. Bruch des Schenkelkopfes selbst.
2. „ „ „ **innerhalb** } des
3. „ „ „ **ausserhalb** } Kapselligaments.
4. Bruch des Schenkelhalses der zum Theil innerhalb zum Theil ausserhalb des Kapselligaments gelegen ist.
5. Bruch des Schenkelhalses mit Fractur des grossen Rollhügels.
6. Bruch des Schenkelhalses durch beide Trochanteren oder unter denselben. (*fractura intertrochanterica.*)

Meyer meint, dass der Arzt sein Möglichstes thut, wenn er den Schenkelhalsbruch nur überhaupt richtig erkennt; denn es lässt sich durch eine Menge beobachtete Fälle nachweisen, dass keine der schon früher angeführten Erscheinungen, der zuverlässigeren sowohl als der untergeordneten stets unverändert und ausschliesslich bei der *Fractur* des Schenkelbruches gefunden werde. *Porter* beobachtete einen Schenkelhalsbruch, wo weder das Bein verkürzt noch nach aussen gedreht war, nur die Berührung des

Hüftgelenkes und passive Bewegungen des Schenkels waren sehr schmerzhaft. Bei der Section fand sich *fractur* des Schenkelhalses dicht am Kopf, wobei aber die Bruchstücke durch die Beinhaut und Synovialmembran zusammengehalten und wenig dislocirt waren.

Alle aufgezählten Symptome erhalten erst Werth durch ihre Verbindung und Uebereinstimmung. Daher untersuche man genau die Längen- und Lagenverhältnisse des Gliedes, mache verschiedene Bewegungen mit dem kranken Gliede und lasse sie von dem Kranken selbst vornehmen und beobachte dabei sorgfältig die angeführten Erscheinungen; *Earle's* Rath, das kranke Glied nicht so genau zu untersuchen, da es grausam sei, ist nur zu befolgen, wenn man über die Natur der Verletzung schon im Reinen ist. In zweifelhaften Fällen muss man selbst die anamnestischen und aetiologischen Momente benutzen, um zur Gewissheit zu gelangen.

Gerdy behauptet, man könne in schwierigen Fällen allen Zweifel beseitigen wenn man den Kranken auf den Rücken lege; fiele nun das kranke Glied nach aussen und könnte man diese Rotation so weit treiben, dass die Fussspitze ganz nach aussen, selbst noch etwas nach hinten sähe, so sei kein Zweifel, dass der Schenkelhals gebrochen sei.

Unterschied.

Da mehrere krankhaften Zustände der Hüftgegend vorkommen, welche eine nähere oder entferntere Aehnlichkeit mit dem Schenkelhalsbruche haben und mit diesem verwechselt werden können, so ist durchaus nöthig dieselben mit ihm zu vergleichen und ihm gegenüber zu stellen und zwar:

1. Quetschung des Hüftgelenkes
2. Verrenkung " "

3. Fracturen der Beckenknochen
4. Andere chronische Hüftgelenkleiden, wie *Coxalgie*, *Ischias* u. dgl.

1. Quetschung des Hüftgelenkes. Der Vergleich wurde bereits abgehandelt; siehe 1. Quetschung des Hüftgelenkes.

2. Verrenkung des Hüftgelenkes. Die Gefahr den Schenkelhalsbruch mit diesem Uebel zu verwechseln, ist viel geringer. Das beste Criterium für dieses ist in gewöhnlichen Fällen die Adduction und Einwärtsdrehung des Schenkels und Fusses nach innen, so dass das Knie auf dem der gesunden Seite liegt. Die Unbeweglichkeit des ganzen Gliedes, die grössere Verkürzung desselben, die Unmöglichkeit das Glied so leicht zu extendiren, zu abduciren und auswärts zu rollen, als es bei der Fractur der Fall ist, und endlich die verstärkte Wölbung der Hinterbacke; alles dies spricht für eine Luxation nach rückwärts, die doch die bei weitem häufigste ist. Einwärtsdrehung des Fusses bei der Fractur kommt auch vor, aber hier ist der Schenkel nicht so adducirt, nicht so unbeweglich, es findet wohl auch Crepitation statt und die Wölbung der Hüfte fehlt ganz.

Die ungleich seltenere Luxation nach vorne und oben hat viel mehr Aehnlichkeit mit dem Schenkelhalsbruche: bei beiden steht der Fuss nach auswärts, ist der Fuss verkürzt, und der Trochanter der Darmbeingräte näher. Aber bei der Verrenkung fehlt die Beweglichkeit, die Crepitation, das Glied kann nicht ohne vorher gegangene kräftige Ausdehnung nach innen gedreht, noch weniger aber adducirt, noch gegen das Becken flectirt werden. Ausserdem ist die Verkürzung bei dieser Verrenkung meist unbedeutender, die Hinterbacke ist abgeflächt, und in der Inguinalgegend fühlt man oft deutlich den luxirten Gelenkkopf.

In den sehr seltenen Fällen, wo der Schenkelhalsbruch mit einer Luxation des Gelenkkopfes verbunden

gewesen ist, war die Diagnose jedesmal auserordentlich schwer.

3. Fracturen der Beckenknochen. Die Aehnlichkeit derselben mit dem Bruche des Schenkelhalses liegt nahe; und zwar haben A. Cooper, Earle, Gerdy und Friecke mehrere Fälle bekannt gemacht, in denen die Erscheinungen während des Lebens ganz die des Schenkelhalsbruches waren; erst bei der Section wies sich ein Beckenbruch aus.

Hat sich der Schenkelhals durch das zerbrochene Acetabulum einen Weg ins Becken gebahnt, so ist die Verkürzung des Schenkels bedeutend, die Beweglichkeit ganz gestört und die Hervorragung des grossen Trochanter verschwunden. Bei andern Beckenbrüchen wird eine genaue Exploration der Beckengegend während der mit dem Schenkel vorgenommenen Bewegungen und die geringe Schmerzhaftigkeit und Leichtigkeit bei den Bewegungen des Schenkels während der Abduction über ihr Vorhandensein Aufschluss geben. Die Kraftlosigkeit und gehinderte Bewegung des Gliedes, so wie das Auswärtsfallen des Fusses ist beiden Brüchen, dem des Schenkelhalses und dem der Beckenknochen gemein.

4. Andere chronische Hüftgelenkleiden, wie: *Coxalgie*, *Ischias* u. dgl. unterscheiden sich durch die Entstehung und ihren Verlauf hinlänglich; wie später ohnehin genauer abgehandelt wird.

Hätte man nun über die Diagnose eines Schenkelhalsbruches gar keinen Zweifel mehr, und wollte man sich nun, (was für die Prognose allerdings von Wichtigkeit wäre) auf die Untersuchung einlassen, ob der Schenkelhalsbruch innerhalb und ausserhalb der Kapsel gelegen sei, so führt Mayer folgende differenzielle Merkmale auf:

1. Der Bruch innerhalb der Kapsel kommt fast nur ausschliesslich im höheren Alter vor, der ausserhalb der Kapsel in jedem Lebensalter;

2. jener käufiger bei Frauen, dieser bei beiden Geschlechtern gleich oft;

3. jener oft nach geringer Gewalt, dieser mmer nach bedeutender Insultation;

4. bei jenem ist die Verkürzung bedeutender (1—2, ja allmälig bis 4 Zoll), bei diesem geringer (½ — 1 Zoll); Earle, Smith u. a. haben beim Bruche innerhalb des Kapsellig. die geringste Verkürzung von ¼ — 1 Zoll, und bei dem ausserhalb non 1 ½ — 2½ Zoll angegeben;

5. Crepitation wird bei jenem nur bei der Extension bemerkbar, bei diesem ohne dieselbe durch blosse Rotation;

6. bei jenem beschreibt der Trochanter während der Rotation immer noch einen kleinen Bogen, ragt nicht so sehr hervor, bei diesem dreht er sich um seine Axe; der Trochanter ist vorwärts und in die Höhe gezogen;

7. bei jenem empfindet der Kranke während dieser Rotation einen lebhaften Schmerz in der Anheftungsgend des *Psoas*, des *Iliacus internus* und *Pectinaeus* (doch ist der Schmerz nicht so heftig, dass er einige Bewegungen selbst machen könnte), bei diesem empfindet der Kranke die heftigsten Schmerzen unter dem kleinen Trochanter, in der ganzen Hüfte, und dem oberen Theil des Schenkels (der Schmerz wird durch Druck auf den Trochanter vermehrt, active Bewegungen sind unmöglich, passive sehr schmerzhaft);

8. bei jenem endlich fehlt meist Quetschung, Geschwulst und Ecchymom; bei diesem sind häufig Spuren einer gewaltsamen Veranlassung sichtbar.

III. Verrenkung des Oberschenkelkopfes.

Die Verrenkung des Oberschenkelkopfes aus der Pfanne des Darmbeines lässt sich auf 5 Arten zurückführen:

1. Gerade abwärts auf das Sitzbein oder zwischen dem untern Rand der Pfanne und dem Sitzbeinhöcker;

2. Vorwärts und zugleich aufwärts, nämlich auf den queren Ast des Schambeines;

3. Vorwärts und zugleich abwärts, nämlich auf das eiförmige Loch;

4. Rückwärts und zugleich aufwärts, nämlich auf das Darmbein über die Pfanne;

5. Rückwärts und zugleich abwärts, nämlich auf den grossen Hüftausschnitt.

Ob eine Verrenkung gerade aufwärts vorkomkomme, und ob sie lange als solche bestehe, kann aus Mangel an Beispielen nicht bestimmt werden. Doch würde sie sich leicht erkennen lassen, denn der Schenkelkopf würde über der Pfanne zu fühlen und der Schenkel verkürzt sein.

Bei der Verrenkung abwärts kann der Kopf stehen bleiben (als primäre Verrenkung), oder er kann vorwärts auf das eiförmige Loch oder rückwärts auf den Hüftausschnitt gezogen werden (secundäre Verrenkung).

Am leichtesten scheint nach der Form der Pfanne und dem Rande unter allen Verrenkungen die auf das eiförmige Loch zu entstehen; doch entsteht nach A. Cooper die Verrenkung nach rück- und aufwärts unter allen am häufigsten.

Das Kapselband ist bei den meisten Luxationen des Schenkels zerrissen, so wie auch das *ligamentum teres*, Walther sagt aber in seiner Chirurgie, dass es sich auch sackförmig ausdehnen, statt reissen könne.

Erkenntniss.

1. Bei der Verrenkung gerade abwärts ist der verrenkte Schenkel vom gesunden ent-

fernt (in Abduction) mehr oder weniger länger, im Hüft- und Kniegelenke etwas gebogen, der Vorderfuss mit den Zehen etwas nach aussen gekehrt; die Hinterbacke ist verlängert, die Falte darunter steht tief oder ist verstrichen; der grosse Umdreher steht um so viel tiefer, je mehr der Schenkel verlängert ist; zugezogen und gestreckt kann der Schenkel nicht, aber mehr abgezogen und etwas gebeugt werden. Die Zuzieher und Strecker sind gespannt.

Sowohl bei der zweiten als bei der dritten Verrenkungart ist der Schenkel auswärts gewendet, gestreckt, abgezogen und unbeweglich, kann nicht mehr zu, sondern nur etwas abgezogen werden, so dass die Verrenkung vorwärts mit einem Blicke erkannt werden kann.

Bei 2. ist der Schenkel ungefähr 1 Zoll kürzer, der Trochanter ist der Darmbeingräte genähert, und weniger hervorragend; der Kopf liegt unter dem *Psoas*, *Iliacus internus* und auf dem *Pectinaeus*; die Hinterbacke ist abgeplattet, gespannt; das Leistenband ist in die Höhe gehoben, die Schenkelgefässe sind nach innen verrückt und zeigen deutliche, selbst mit den Augen unterscheidbare Pulsation. Bei jedem Versuche den Schenkel zu beugen oder nach innen zu drehen, entstehen heftige Schmerzen.

Bei 3. Obgleich die Beschaffenheit der Pfanne diese Art der Ausweichung zu begünstigen scheint, so kommt sie doch sehr selten vor, weil sie nur durch einen Fall hervorgebracht werden kann, wobei die Schenkel weit von einander entfert sind. Das kranke Glied ist 2—3 Zoll länger; den Schenkelkopf fühlt man beim Drucke mit der Hand an der obern, innern Seite des Schenkels gegen das *Perinaeum*, zwischen dem äussern Verstopfungsmuskel und dem geraden Schenkelmuskel, die Gefässe laufen über den Schenkelkopf; der Trochanter ist weniger hervorragend,

und steht weiter von der Darmbeingräthe ab; Die Hinterbacke ist gespannt und länger, die Falte steht niederer; der Körper vorwärts gebogen, wegen der Ausdehnung des *Musculus psoas* und *Iliacus*; die Extremität steht hervor, wenn der Körper aufgerichtet ist; das Knie steht weit von dem andern ab und kann ihm nicht ohne grosse Schmerzen genähert werden; der Fuss ist ebenfalls von dem andern entfernt, aber weder nach innen noch nach aussen gedreht. Der Schnekel scheint mit dem Becken verwachsen, hat keine Beweglichkeit.

Bei der vierten und fünften Verrenkungsart sind die Erscheinungen nich so beständig, weil der Schenkelkopf von dem vordern obern Stachel des Darmbeines bis zum Hüftausschnitt an jede Stelle hingetrieben oder durch die Wirkung der Muskeln hingezogen werden kann. Im Allgemeinen ist der Schenkel einwärts gewendet, gebogen und zugezogen und wenig beweglich.

Bei der vierten ist der Fuss $1\frac{1}{2}$—$2\frac{1}{2}$ Zoll kürzer; die Zehen sind nach dem Tarsus des anderen Fusses gekehrt, das Knie und der Fuss nach innen gerichtet; das Glied kann nicht von dem andern entfernt, aber es kann die Adduction, in welcher es sich befindet, vermehrt, d. h. es kann quer über das andere gebeugt werden. Wenn keine bedeutende Blutunterlaufung oder Geschwulst zugegen ist, so kann man bei der Rotation des Kniees nach innen den Schenkelkopf auf der äussern Fläche des Hüftbeines deutlich fühlen; der Trochanter steht weniger hervor und der Gräthe des Darmbeines näher; die Falte unter der Hinterbacke steht höher.

Die fünfte Verrenkungsart kömmt äusserst selten vor, weil sie nur entstehen kann, wenn der Schenkel so dem Rumpfe und dem andern Schenkel genähert wird, wie es kaum möglich ist. Boyer

hält diese Luxation für eine secundäre Verrenkung des Schenkelkopfes nach einer Luxation nach oben und rückwärts, wenn der Schenkel in eine starke Beugung und Adduction gebracht wird. Der Schenkelkopf steht bei dieser Verrenkung wenig niederer auf dem birnförmigen und innern Verstopfungsmuskel und drückt den Hüftnerven mehr oder weniger, kann aber nicht gefühlt werden wegen seiner tiefen Lage unter den dicken Muskeln. Die Erkenntniss dieser Luxation ist sehr schwierig, weil die Länge und Richtung des Gliedes oft nur wenig verändert ist. Gewöhnlich ist die Extremität $1\frac{1}{2}$ Zoll kürzer; der Trochanter steht hinter seiner gewöhnlichen Stelle; die Hinterbacke ist breit abgeflacht. Die Falte unter dieser ist wenig niederer und auswärts gezogen; den Schenkelkopf kann man nur bei mageren Personen fühlen, wenn man den Oberschenkel so wie es thunlich, nach vorwärts bringt; das Knie und der Fuss sind nach innen gekehrt, doch nicht so sehr, wie bei der vierten Verrenkung; steht der Kranke, so berührt er nur mit den Zehen den Boden; das Knie steht etwas hervor und ist leicht gebogen; das Glied ist in seiner Lage fixirt.

Unterschied.

Diese Verrenkungen können leicht mit dem Schenkelhalsbruche verwechselt werden, besonders die zweite und dritte Verrenkungsart, doch sind folgende differenzielle Merkmale, und zwar:

1. Die Verrenkung des Schenkelkopfes nach rück- und aufwärtz, und nach rück- und abwärts durch die Rotation des Fusses nach innen, welche immer bei diesen Luxationen zugegen, bei dem Bruche höchst selten, und dann weniger complet, wie bei der Luxation ist; auch der Fuss, wenn beim Bruche Inversion besteht, leichter, obgleich mit

Schmerzen bewegt, nach aussen gedreht und verlängert werden kann;

2. Die Verrenkung nach vor- und aufwärts und nach vor- und abwärts, wobei der Fuss nach aussen gerichtet ist, dadurch, dass, wie überhaupt bei Luxationen, das Glied in hohem Grade unbeweglich ist, und man es unmöglich ohne grosse Gewalt in seine natürliche Richtung bringen kann; zugleich fühlt man in der Inguinalgegend den dislocirten Schenkelkopf.

IV. Fracturen der Beckenknochen.

Nicht so selten kommen die Brüche der Beckenknochen vor, als gemeiniglich angegeben wird. Die durch directe Gewaltäusserung entstandenen sind allerdings selten, aber die durch Gegenstoss hervorgebrachten viel häufiger; letztere entstehen vorzugsweise bei einem Sprunge oder Falle aus bedeutender Höhe, wobei der Verunglückte auf die Füsse, Kniee oder die Trochanteren gefallen ist. — Die meisten Fracturen der ungenannten Beine sind Schiefbrüche, und in solchem Falle nehmen alle drei Knochenstücke, aus denen das ungenannte Bein zusammengesetzt ist, Antheil.

Die characteristischen Symptome der Fractur sind beim Bruche der Beckenknochen wegen ihrer von beträchtlichen Weichtheilen umgebenen Lage und ihres verschiedenartigen Baues der einzelnen Theile durchaus nicht so deutlich und in die Augen fallend, als bei den Brüchen der langen Knochen. Betrachten wir daher genauer die Erscheinungen, welche überhaupt auf einen Bruch der Beckenknochen, und dann insbesondere auf den durch die Pfanne schliessen lassen: Der Kranke kann nicht gehen und stehen, und selbst in der liegenden Stel-

lung ist er kaum im Stande, das Becken etwas von einer Seite zur andern zu rücken, ohne den lebhaften tief sitzenden Schmerz in der Beckengegend zu empfinden. Dieser Schmerz stellt sich gleichfalls ein, wenn man an beiden Seiten die Hüftbeinkämme ergreift und zu bewegen sucht, oder wenn man mit den Schenkeln rasche Bewegungen vornimmt und sie nach aussen rotirt, auch in manchen Fällen ist eine widernatürliche Beweglichkeit der Beckenknochen zugegen, und bei genauer Untersuchung wird man auch das Crepitationsgeräusch nicht vermissen.

An und für sich sind diese Fracturen nicht von so grosser Bedeutung; aber die mit ihnen meistentheils zusammentreffenden Verletzungen der Beckenaponeurosen, die Zerreissung des Peritonäalüberzuges und der vom Becken eingeschlossenen Eingeweide, die Reizung derselben durch hervorragende Knochensplitter, Erguss von Blut, Koth und Urin in die Bauchhöhle, Infiltration dieser Flüssigkeiten in das Zellgewebe, und endlich die Folgekrankheiten aller dieser schon an sich sehr schlimmen Uebel machen sie so ausserordentlich gefährlich.

Bruch des Beckenknochens durch die Pfanne entsteht vorzugsweise durch Anprallen des Gelenkkopfes des Schenkelbeines, beim Falle auf die Hüfte, auf die Ferse, bei ausgestreckten Schenkeln. Sie kommt allein oder in Verbindung mit Fracturen der andern Beckenknochen vor und kann gleichzeitig von den erwähnten Verletzungen der Beckeneingeweide begleitet sein. Sanson und Cooper haben das ungenannte Bein in der Pfanne sternförmig in die drei ursprünglichen einzelnen Knochen zerspringen sehen. Cooper und Gama beobachteten sogar, dass der Schenkelkopf mitten durch die Pfanne in die Beckenhöhle drang. Das Glied ist gemeinhin etwas verkürzt, die Hervorragung des Trochanter vermindert,

die grossen Umdreher stehen gleich entfernt von den Darmbeinstacheln. Man kann den Schenkel, wenn auch unter einigen Schmerzen, ohne Hinderniss nach allen Seiten bewegen, der Kranke selbst vermag dies aber nicht. Er kann nicht aufstehen, sich nicht auf den kranken Schenkel stützen und ihn, horizontal liegend, nicht heben. Bei dem Drucke auf den Trochanter und gleichzeitiger Rotation des Oberschenkels fühlt man in der Tiefe Crepitation. Der Fuss hat keine Neigung zur Seite zu fallen. Cooper fand das Knie etwas nach einwärts gestellt. Wenn dieser Bruch allein und ohne bedenkliche Complication besteht, so verliert sich allmälig der Schmerz, so dass der Schenkel nicht bloss auf den Boden gesetzt werden kann, sondern auch wieder zum Gehen tauglich wird.

Unterschied.

Die Fractur des acetabulum kann mit andern Traumen des Hüftgelenkes verwechselt werden, und dies sind:

a. Der Schenkelhalsbruch.
b. Verrenkung des Hüftgelenkes.
c. Quetschung des Hüftgelenkes.

a. Mit dem Schenkelhalsbruche ist die Aehnlichkeit sehr gross. In beiden Fällen ist die freie Bewegung des Gelenks erschwert und namentlich die Abduction des Gliedes; die Kraftlosigkeit im Gliede ist beiden gemein. Aber die Verlängerung des Gliedes, der niedrige Stand des Trochanter, die Neigung des Fusses und Kniees, nach aussen zu sinken, müssen bei der Unterscheidung beider Zustände leiten.

Weit geringer ist die Aehnlichkeit b. mit der Verrenkung des Hüftgelenkes; hier ist die Bewegung des Gliedes von Seite des Kranken und Arztes erschwert, hier fühlt man den ausgetretenen

Gelenkkopf entweder vor oder hinter der Pfanne durch die kugelicht aufgetriebenen Weichtheile, das Knie und den Fuss nach innen oder aussen gewendet, das Glied leicht *flectirt*, und ausserdem fehlt alle Crepitation. Am meisten Aehnlichkeit mit der Luxation würde ein solcher Fall haben, wo der Gelenkskopf durch die Pfanne in's Becken gedrungen wäre.

Die Unterscheidung der Pfannenfractur *c.* von einer Quetschung des Hüftgelenkes ist sehr schwer, wenn alle Crepitation mangelt; doch ist bei dieser die natürliche Lage des Gliedes nicht verändert; wenn man es in dieselbe Lage, wie das gesunde bringt; und dass man die gewöhnliche Kreisbewegung des grossen Trochanters bei der Rotation des Gliedes machen kann; und endlich wird man daraus, dass die *Function* des Hüftgelenkes bei einer zweckmässigen Behandlung in wenigen Tagen wieder zurückgekehrt auf letzteren schliessen können. —

V. Entzündung im Hüftgelenke.

Freiwilliges Hinken (Coxalgia, Morbus Coxarum, Luxatio spontanea femoris, Coxarthrocace).

Die Erscheinungen dieser Krankheit bilden drei Stadien, welche sich aber sehr verschieden verhalten, je nachdem die Entzündung einen acuten oder chronischen Character hat.

Bei der acuten Hüftgelenk-Entzündung entstehen schnell nach irgend einer auffallenden Gelegenheitsursache heftige Schmerzen im Hüftgelenke, welche sich an der inneren Seite des Schenkels bis zum Kniegelenke ausbreiten, bei der Berührung des Knies, wenn der Schenkel dabei im Hüftgelenke ruhig bleibt, nicht vermehrt werden, wohl aber durch einen jeden Druck und Bewegung des Hüftgelenkes. Die Gegend des Hüftgelenkes, besonders die Hinter-

backe, ist mehr oder weniger geschwollen, daher ihre Falte meistens etwas tiefer stehend; der Schenkel gegen den Unterleib angezogen, jeder Versuch, ihn auszustrecken, sehr schmerzhaft, der Fuss etwas nach aussen gewandt, und nicht ohne Schmerzen nach innen zu bewegen. Wenn man die Länge der beiden Extremitäten mit einander vergleicht, so sind sie entweder gleich, oder die kranke Extremität scheinbar verkürzt oder scheinbar verlängert, doch beides in geringem Grade. — Fieber ist nach Maassgabe der Heftigkeit der örtlichen Zufälle zugegen. — Das Stehen und Gehen ist dem Kranken höchst beschwerlich oder noch ganz unmöglich; er stützt dabei das ganze Gewicht des Körpers auf die gesunde Extremität, zieht die Hüfte der leidenden Seite bedeutend in die Höhe, beugt das Knie und berührt bloss mit der Spitze des Fusses den Boden.

Wird die Entzündung nicht zertheilt, so geht sie unter heftiger Verschlimmerung der allgemeinen und örtlichen Zufälle in Eiterung über; — es bilden sich Eiteransammlungen innerhalb des Gelenkes und auf seiner äusseren Oberfläche; das Fieber nimmt den Character des hektischen an, die Kräfte sinken, der Kranke magert bedeutend ab, die Muskeln der Hüfte und des Oberschenkels sind schlaff und eine genaue Messung der beiden Extremitäten zeigt die kranke wirklich verlängert. — Die Abscesse kommen in der Nähe des Hüftgelenkes oder in einiger Entfernung von demselben in verschiedenem Umfange äusserlich zum Vorschein und während dieser Zeit oder später, wenn diese Abscesse aufgebrochen sind, verlässt der Schenkelkopf die Pfanne und dislocirt sich, in der Regel, auf den Rücken des Darmbeines, wo sodann die kranke Extremität bedeutend verkürzt, nach innen rotirt und im Kniegelenke etwas gebogen ersheint.

Entweder unterliegt nun der Kranke der fortdauernden hektischen Consumtion oder, was seltener der

Fall ist, die Eiterung mindert sich, es stossen sich Knochenstücke los und die Abscessöffnungen schliessen sich.

Bei dem chronischen Verlaufe der Hüftgelenk-Entzündung sind die drei Stadien wegen der allmäligen Entwickelung der Zufälle deutlicher und bestimmter markirt. — Im Umfange klagt der Kranke über unbedeutenden Schmerz im Hüftgelenke, leichte Ermüdung des Schenkels und besondere Steifigkeit des Hüftgelenkes am Morgen, die sich den Tag über verliert, bei stärkeren Anstrengungen sich aber immer vermehrt.

Der Schmerz ist überhaupt nicht anhaltend, er vermehrt sich manchmal des Abends unter leichten Fieberbewegungen und gleicht überhaupt einem rheumatischen im Schenkel herumziehenden Schmerze. — Am Hüftgelenke bemerkt man ausser Vermehrung des Schmerzes beim Drucke hinter dem grossen Trochanter oder an der vorderen Seite des Hüftgelenkes, wo die Schenkelgefässe unter dem *Poupart'schen* Bande hervortreten, nichts Krankhaftes, diese Zufälle können bei schleichendem Verlaufe des Uebels Monate und Jahre lang, unter abwechselnder Besserung und Verschlimmerung dauern. Der Gang ist blos schleppend und der Fuss in der Regel nach aussen gekehrt.

Das zweite Stadium characterisirt sich durch eine Verlängerung der kranken Extremität; die Hinterbacke der leidenden Seite wird flacher, die Falte derselben steht tiefer, der ganze Oberschenkel wird mager und schlaff, der grosse Trochanter steht mehr nach aus- und abwärts. Jede Bewegung wodurch die Gelenkflächen in gegenseitige Berührung kommen ist in hohem Grade schmerzhaft, der Gang des Kranken sehr hinkend. Es ruht nähmlich das Gewicht des Körpers ganz auf dem ausgestreckten, gesunden Beine, der verlängerte Schenkel ist im Knie gebogen, dem gesunden genähert, und der Fuss meistens stark nach auswärts

gedreht. — Es stellt sich jetzt ein besonders heftiger Schmerz im Knie ein, wobei dasselbe gewöhnlich im natürlichen Zustande nur selten, nach Albers und Rust's Beobachtungen, in seiner Form verändert ist. Obgleich der Knieschmerz beinahe immer heftiger ist, als der Schmerz im Hüftgelenke, so wird doch nur dieser durch unmittelbaren Druck vermehrt.

Allmälig tritt die Krankheit in das dritte Stadium; die kranke Extremität wird verkürzt, und zwar entweder als Folge einer Ausrenkung des Schenkelkopfes oder, wenn dieser und die Pfanne bedeutend durch Caries zerstört sind, indem der verkleinerte Gelenkkopf in die vergrösserte Pfanne zurückgezogen wird. — Manchmal endigt sich hier die Krankheit, die Schmerzen vermindern sich, es bildet sich an der Stelle, wo der ausgerenkte Schenkelkopf liegt eine Vertiefung, oder der in die Pfanne zurückgezogene Schenkelkopf verwächst mit derselben, und der Kranke kömmt mit einem unheilbaren Hinken davon. Meistentheils entsteht aber in diesem Stadium eine schmerzhafte fluctuirende Geschwulst um das ganze Hüftgelenk; sie bricht am Ende auf; es entleert sich einer Menge Eiters; die Eiterung wird schlecht; die in die Abscessöffnungen eingebrachte Sonde zeigt cariöse Zerstörung, die Kräfte des Kranken werden durch das hectische Fieber aufgezehrt. — Nur selten schliessen sich die Oeffnungen, indem sich die Eiterung mindert, Knochenstücke sich abstossen u. s. w.

Unter den Erscheinungen, welche im Verlaufe der Coxalgie auftreten, haben vorzüglich die Verkürzung und die Verlängerung der kranken Extremität die Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich gezogen, und zu verschiedenen Erklärungsweisen Veranlassung gegeben, die wir einer genauern Betrachtung unterwerfen müssen.

Die Verkürzung der Extremität, wie sie (in der Regel) in der ersten Periode der acuten Hüftge-

lenk-Entzündung auftritt, ist immer eine scheinbare und durch Verschieben des Beckens auf der kranken Seite nach oben bedingt.

Alle andern Erklärungsweisen, welche man für diese Verkürzung gegeben hat, sind unrichtig und mit dem wahren Verhältnisse des Schenkelgelenkes unvereinbar: so Rust's und vorzüglich Friecke's Erklärung, dass durch stärkere Muskelcontraction, wie sie bei dieser acuten Gelenkentzündung bestehe, der Kopf tiefer in die Pfanne gedrückt und dadurch die Verkürzung der Extremität hervorgebracht werde.

Die Verlängerung der Extremität, wie sie bei der chronischen Coxalgie, und im spätern Verlaufe der acuten, wenn schon krankhafte Veränderungen in dem Gelenke zu Stande gekommen sind, entsteht, kann eine scheinbare und eine wirkliche sein. Die scheinbare Verlängerung ist wiederum bedingt durch die Verschiebung des Beckens, indem der Kranke sich bei dem langsamen Verlaufe dieses Uebels noch herumschleppt und dabei das Gewicht des ganzen Körpers der gesunden Extremität anvertraut; und dadurch, so wie auch durch die Lage, welche er im Bette fortdauernd annimmt, das Becken in der Art verschiebt, dass das Darmbein der gesunden Seite sich hebt und das auf der kranken Seite sich senkt. -- Im spätern Verlaufe der Coxalgie, wenn die krankhaften Veränderungen im Gelenke schon weiter fortgeschritten sind, entsteht wirkliche Verlängerung der kranken Extremität, welche nicht bedingt ist durch ein mechanisches Missverhältniss zwischen dem Schenkelkopfe und der Pfanne und der Heraustreibung des Schenkelkopfes vermöge seines grössern Volumens, sondern durch die Ausdehnung des Kapselbandes, durch angesammelte Flüssigkeit, durch Erschlaffung des Kapselbandes und Schlaffheit der Muskeln.

Die Ausrenkung des Schenkelkopfes ist keine nothwendige Erscheinung im dritten Stadium der Coxalgie, sie ist vielmehr zufällig und bedingt durch die Lage der kranken Extremität, durch Bewegungen des Kranken und andere Einwirkungen bei der vorhandenen Erschlaffung der Muskeln, Erschlaffung und Zerstörnng der Bänder, vorzüglich des *ligamentum teres*. Daher kann die Ausrenkung auch nach verschiedener Richtung erfolgen, am häufigsten zwar nach rück- und aufwärts, aber auch nach vor- und abwärts wo sich die Richtung und Länge der Extremität dann auch verschieden verhalten. — In seltenen Fällen kann der durch Caries oberflächlich zerstörte Gelenkkopf in der ebenfalls durch Caries ihres knorpeligen Ueberzuges beraubten Pfanne bleiben und verwachsen; von welchem Ausgange der Coxalgie Chelius zwei Praeparate besitzt. — Auch kann spontane Trennung und Austossung des Gelenkkopfes oder seiner Epiphyse durch die erweiterten Geschwürsöffnungen erfolgen.

Unterschied.

So characteristisch die Erscheinungen der Coxalgie sind, so können sie doch mit andern Krankheiten verwechselt werden, und namentlich mit:

a) Angebornen Luxationen des Schenkels;

b) Mit einer Verkürzung der Extremität durch Abweichung und Verschiebung des Darmbeines;

c) dem nervösen Hüftweh; und

d) dem *Malum coxae senile*;

e) dem Psoas-Abscess;

f) Mit *Phlegmasia alba dolens*. —

a) Beim angebornen Hinken, dessen Grund in einer Ausrenkung im Hüftgelenke liegt, ist jedoch der Schenkel gleich Anfangs verkürzt; während bei

der Coxalgie das kranke Bein erst beträchtlich länger wird, ehe es sich verkürzt. Auch ist diese Verkürzung des Schenkels bei der Coxalgie in der dritten Periode weit beträchtlicher, als jene beim angebornen Hinken; wenn man in einer horizontalen Lage des Kindes das Becken mit einer Hand fixirt, so kann man durch gelindes Anziehen den Schenkel ohne allen Schmerz etwas verlängern und wieder verkürzen, wenn man zu ziehen aufhört. Diess findet bei der Coxalgie durchaus nicht statt, ohne grausame Schmerzen zu erregen; die Hinterbacke ist entweder normal oder flacher; die Bewegung des Schenkels ist frei, und die Fussohle wird ganz auf die Erde gesetzt. Wenn die angeborne Luxation, wie meistens auf beiden Seiten zugleich besteht, so wird schon dadurch die Diagnose erleichtert, besteht, sie nur auf einer Seite, so kann ein Missverhältniss in der Diagnose nur bei oberflächlicher Untersuchung Statt finden; doch hat Chelius zwei Fälle von einseitiger angeborner Schenkel-Luxation beobachtet, welche wirklich als Coxalgie behandelt worden waren.

b) Bei einer Verschiebung des Darmbeines, welche durch Schwäche und Schlaffheit der Bänder bedingt ist, fühlt der Kranke Morgens weniger, Abends die meisten Beschwerden; bei der Coxalgie findet gerade das Gegentheil statt; die eine Hüfte steht höher, wie die andere, die Extremität ist gleich vom Anfange an verkürzt, und kann durch einen gelinden Zug verlängert werden; der Körper neigt sich hier nach der kranken Seite hin, bei der Coxalgie hingegen nach der entgegengesetzten; die Krankheit ist grösstentheils unschmerzhaft, und das Individuum übrigens gesund, bei der Coxalgie fehlt der symptomatische Knieschmerz nie, und die Gesundheit ist auf mannigfaltige Art ergriffen.

c) Beim nervigten Hüftweh folgt der

Schmerz dem Laufe des ischiadischen Nerven oder des Schenkelnerven, bei der Coxalgie befällt er vorzüglich das Knie, es entsteht ein Gefühl von Lahmheit in dem ganzen Schenkel, und die Kranken können nicht umhergehen; der mit einer Coxalgie Behaftete hinkt zwar, aber er kann sich wenigstens in der ersten Periode des Uebels ziemlich hurtig von der Stelle fortbewegen; man bemerkt keine Verschiedenheit in der Stellung der grossen Trochanteren und hinsichtlich der Länge der beiden Extremitäten. —

d) Bei dem *Malum coxae senile*, welches in interstitieller Absorption und Schwinden des Schenkelkopfes und Halses begründet ist, zeigt sich im Anfange Schmerz und Steifigkeit im Hüftgelenke; ersterer hält nicht mit gleicher Heftigkeit an und letztere vermindert oder verliert sich beim Gehen, wird aber meistens gegen Abend schlimmer, was man auch stets bei kalter, feuchter Witterung und bei drückender Hitze beobachtet. Allmälig fängt die Extremität an sich zu verkürzen, der Kranke hinkt, kann aber die Fusssohle platt auf den Boden aufsetzen, die Zehen sind auswärts gekehrt, die Lendenwirbel bekommen meistens einen hohen Grad von Beweglichkeit, die Hinterbacke der leidenden Seite steht weniger hervor. Eine genaue Messung der Extremität nach der angegebenen Weise zeigt wirkliche Verkürzung. Häufig klagen die Kranken über Schmerz in der Gegend des Kniees, der aber mehr in der Kniekehle seinen Sitz hat und der Kranke wie durch Contraction der Beugemuskeln bedingt angibt. Durch Druck auf das Hüftgelenk hat Chelius niemals Vermehrung des Schmerzens beobachtet.

e) Eher als mit den bisher aufgezählten Krankheiten, könnte man den sogenannten Psoas-Abscess mit der Coxalgie verwechseln, da beide Krankheitsformen mehrere Symptome mit einander gemein

haben. Bei beiden Kranken hat die Hinterbacke im ersten Anfange des Uebels ein flaches Ansehen und schwillt im Verlaufe der Krankheit oft bei beiden normalwidrig an. Abscesse und Fistelgänge erzeugen sich bei beiden Krankheiten an denselben Stellen. Beide Kranken hinken, und beide können ohne Schmerzen den Oberschenkel nicht gehörig ausstrecken, oder in gerader aufrechter Stellung der Körpers sich erhalten. Bei beiden Kranken endlich ist das allgemeine Befinden nach der höhern oder niedern Stufe des Uebels mehr oder weniger getrübt. Folgende Unterscheidungzeichen erleichtern jedoch die Diagnose beider Krankheitsformen von einander:

Bei der Entzündung und Vereiterung des Lendenmuskels klagt der Kranke über heftige oder stumpfe Schmerzen in der Lendengegend, die sich bei aufrechter Stellung des Körpers, bei jeder Bewegung des Schenkels, vorzüglich bei der Streckung desselben vermehren; bei der Coxalgie hat der Kranke entweder gar keine, oder doch nur schnell vorübergehende Schmerzeu, oder sie äussern sich in der Gegend der Hüfte, hauptsächlich aber im Knie. Bei jener Krankheit wird während des ganzen Verlaufes derselben keine abweichende Richtung des grossen Umdrehers, und kein verschiedenes Längenmass der beiden Schenkel wahrgenommen; im Verlaufe der Coxalgie hingegen ist diess immer der Fall. Bei jenen kann der Kranke den Fuss des leidenden Schenkels ohne Vermehrung der Schmerzen nicht nach aussen drehen. Da hingegen bei der Coxalgie der Fuss gewöhnlich nach auswärts seine Richtung hat.

Beim tiefen Einathmen, Husten, Schreien, und bei der aufrechten Stellung des Körpers, schwillt bei jenen die andere Hinterbacke, oder die an der vorderen Seite des Schenkels gelagerte fluctuirende Geschwulst

an, oder der Ausfluss des Eiters wird unter diesen Bedingnissen bei bereits geborstener oder geöffneter Geschwulst beträchtlich vermehrt; aber keines von beiden ist beim Hüftgelenk-Abscesse der Fall.

f. Mit *Phlegmasia alba dolens*, welche bei ihrem Entstehen eine auffallende Aehnlichkeit mit der Coxalgie hat; beim Anfange dieser Krankheit, der zwischen dem 10. und 14. Tage nach der Entbindung eintritt, fühlen die Kranken ein gewisses Unvermögen den einen Schenkel zu bewegen, wobei sie sehr häufig über Schmerzen im Knie klagen, und hinken. Allein misst man beide Schenkel mit einander, so findet man keine Verlängerung der kranken Gliedmasse, die bei der Heftigkeit des Knieschmerzes, falls diese Zufälle eine sich ausbildende Hüftgelenkkrankheit andeuteten, gewöhnlich schon vorhanden ist. Nicht lange auch dauert dieser zweifelhafte Zustand, und die Schmerzen erstrecken sich sehr bald über den ganzen Schenkel, wodurch die Bewegung desselben völlig aufgehoben wird, welches beides bei der Coxalgie nicht der Fall ist. Auch zeigt sich eine weisse Geschwulst, die anfangs nur den obern Theil des Schenkels einnimmt, sich aber allmälich bis zum Fusse erstreckt, und demselben eine unförmliche Gestalt mittheilt, wodurch endlich jeder Verdacht auf eine Krankheit des Hüftgelenkes verscheucht wird, und die Diagnose des Uebels keinem ferneren Zweifel mehr unterliegen kann.

— —

Theses defendendae.

I.

Morbo coxario diuturno laborantibus femur exstat, his tabescit crus, et claudi fiunt nisi usti fuerint.

Hippocr. Aphor. VI. Sect. 60.

II.

Cunctatio in adhibendis remediis efficacissimum saepe pharmacon.

III.

Homoeopathia multa in se continet nova et vera, ast dolendum quod multa, quae nova non vera, et quae vera non nova sint.

IV.

Syphilis ex blennorrhoea imaginaria.

V.

Lotiones frigidae ubi indicatae et bene institutae sunt, optimum sistunt diaphoreticum.

VI.

Qui comedit, sanus vivere non potest nisi laboret.

Hippocr.

VII.

Medicus nil faciendo, optimum nonnunquam facit.

VIII.

Morbum curabo, nomen nescio.

Sydenham.

IX.

Medicus bis aegrotat.

X.

Inter venenum et medicamentum certi limites non dantur.

XI.

Miles moritur pro Societate humana; Medicus non minus.

XII.

Datur peritonitis absque dolore.

XIII.

Non est in medico, semper relevetur ut aeger.

Ovidius.
